

เอกสารประกอบ

- 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
- 2. สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- 4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล(ถ้ามี)
- 5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินเดือนคนเดียวกัน
- 7. กรณีลูกชิ้กต้องดูแล ต้องมีใบเสร็จรับเงินเดือนสุดท้าย หรือใบรับรองของสหกรณ์ต้นสังกัด



ใบเสร็จรับเงิน สสธ. เล่มที่
เลขที่

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ

สมาคมผู้ประกอบการค้าและพาณิชย์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสธ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ..... ปี

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ. คู่สมรสชื่อ.....

(1) สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด เลขสมาชิก سو.

อื่นๆ (ระบุ).....

(2) ตำแหน่ง..... หรือปฏิบัติหน้าที่.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....

ตำบล (แขวง)..... อำเภอ (เขต).....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....

(3) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล(แขวง)..... อำเภอ(เขต)..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

(4) การชำระเงิน ดังนี้

4.1 การชำระเงินครั้งแรก

ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 20 บาท

ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 20 บาท

เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า..... 4,000... บาท

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน..... 4,040.... บาท (สี่พันสี่สิบบาทถ้วน)

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ดังนี้

ชำระเป็นเงินสดที่สมาคมหรือศูนย์ประสานงานสมาคม

ชำระเงินเข้าบัญชีสมาคม ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาโอมเวอร์ค ราชพฤกษ์ ชื่อบัญชี สมาคม

สมาคมผู้ประกอบการค้าและพาณิชย์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ประเภทกระแสรายวัน (Bill Payment Pay-In Slip)

เลขที่บัญชี 468-0-39888-5

ชำระจากเงินบั้นพล เนลลี่คิน จากสหกรณ์ต้นสังกัด

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ระบุข้อบังคับสมาคมผู้ประกอบการค้าและพาณิชย์สหกรณ์ออมทรัพย์ สาธารณสุขไทย และมีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)



คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก

ผู้รับรองต้องเป็นสมาคมมาปนกิจส่งเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

ข้าพเจ้า..... สมาคมมาปนกิจส่งเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ทะเบียนเลขประจำตัว.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่าผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว..... มีคุณสมบัติตามข้อบังคับ ข้อ 10.
ของสมาคมมาปนกิจส่งเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทยทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง
วันที่...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคมประจำศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสธ. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าส่งเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ และระเบียบสมาคมมาปนกิจส่งเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ประกาศ สสธ. เรื่องการรับสมัครสมาชิก สสธ. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....
ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

- เสนอ ○ เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสธ.
○ ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

ความเห็นสำหรับคณะกรรมการสมาคม สสธ.

- คำสั่ง ○ อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสธ. ตั้งแต่วันที่.....
ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสมาคม ครั้งที่/ 25..... เมื่อวันที่.....
○ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- นายกสมาคม สสธ.
- กรรมการ สสธ. ปฏิบัติการแทน
นายกสมาคม สสธ.

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....



สสท. 2

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / 医師 หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ทำการสอบประวัติและตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว..... อายุ..... ปี

เลขประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□□□ ปราภภว่า

นาย / นาง / นางสาว.....

- (1) มีสุขภาพแข็งแรง
 (2) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
 (3) ไม่มีจิตพื้นเมื่อง ไม่สมประกอบ

(4) ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้ ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

ไม่มี	มี
<input type="checkbox"/> (4.1) โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
<input type="checkbox"/> (4.2) โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
<input type="checkbox"/> (4.3) โรควัณโรค	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
<input type="checkbox"/> (4.4) โรคปอดเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
<input type="checkbox"/> (4.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
<input type="checkbox"/> (4.6) ภาวะไตวาย	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
<input type="checkbox"/> (4.7) โรคภูมิคุ้มกันนักพร่อง	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
<input type="checkbox"/> (4.8) โรคตับแข็ง	<input type="checkbox"/> ระบุ.....

(5) มีโรคร้ายแรงอื่นๆ ระบุ.....ความเห็นแพทย์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล (ระบุที่ออกเป็นสถานพยาบาลของรัฐ)
(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
(3) หากพบว่าเป็นโรค ตามข้อ (4) หรือตามที่คณะกรรมการที่นัดว่าอัตราภัยสมควรจะไม่รับเป็นแพทย์
(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมควรฯ กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นแพทย์ สสท.
เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2562 เป็นต้นไป

เรียน นายกสมาคมสถาปนิกจังหวัดเชียงใหม่ สำนักงานเขตสุราษฎร์ธานี ประเทศไทย

ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บตาม ข้อ (4)

และยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า โดยให้ สสท. ขอประวัติการรักษาในสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

หากมีผลลัพธ์เว้นที่จะเปิดเผยความธุรกิจที่ยกเว้นโดยประมวลกฎหมายวินัยทั่วไป ให้ถือว่าข้าพเจ้าไม่มีสิทธิ์ภาพ สสท. มาตั้งแต่ต้น ตามข้อบังคับ ข้อ 10.1 (4) ข้อ 10.2 (7) และข้อ 15(4) ได้

(ลงชื่อ).....(ผู้สมัครสมาชิก สสท.)

ตัวบรรจง(.....)



หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์

สมาคมมานะปันกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

สมาคมมานะปันกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย เลขทะเบียนที่.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... มือถือ.....

1. สถานภาพ

โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... หย่า หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สสธ. พึงจ่าย ให้ผู้จัดการศพข้าพเจ้า

คือ..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า(10%ของเงินสงเคราะห์)

ส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ คือ

2.1..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

2.2..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

2.3..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

2.4..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

2.5..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ ได้รับเต็มจำนวนเพียงครึ่งเดียว ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆกัน

อื่นๆระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือฉบับนี้

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ผู้สมัครสมาชิก สสธ.

(ลงชื่อ)..... พยาน

(.....)

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ สสธ.

(.....)

**หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมผู้ป่วยนักกิจส่งเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสธ.)**

เขียนที่.....
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... ชื่อเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่ ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่
..... ซอย..... ถนน..... ตำบล(แขวง)..... อำเภอ(เขต).....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....
ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์ออมทรัพย์.....
จำกัด...หรือ..... ชื่อเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่ ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่
..... ซอย..... ถนน..... ตำบล(แขวง)..... อำเภอ(เขต).....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....
เป็นผู้() รับเงินค่าจัดการศพ () รับเงินสงเคราะห์() อื่นๆ ที่พึงได้รับ^{ที่มีต่อ}
แทนข้าพเจ้าเพื่อนำเงินดังกล่าวชาระหนี้ของ.....
สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด จนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้
เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ่วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและ

(.....)

(ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและ
มอบอำนาจ

(.....)

(.....)

บัตรประชาชน.เลขที่.....

บัตรประชาชน.เลขที่.....

(ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและ
มอบอำนาจ

(.....)

(.....)

บัตรประชาชน.เลขที่.....

บัตรประชาชน.เลขที่.....

(ลงชื่อ) ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจ
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ่วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจ
อำนาจจริงและได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ่วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

(ลงชื่อ) พยาน

(ลงชื่อ) พยาน

(.....)

(.....)